



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Otyłość jako wyznacznik psychospołecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży w środowisku szkolnym

Author: Karina Leksy

Citation style: Leksy Karina. (2013). Otyłość jako wyznacznik psychospołecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży w środowisku szkolnym. W: K. Borzucka-Sitkiewicz, K. Kowalczevska-Grabowska (red.), "Profilaktyka wybranych problemów zdrowotnych : (w wymiarze edukacyjnym)" (S. 79-109). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersytet ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Otyłość jako wyznacznik psychospołecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży w środowisku szkolnym

Karina Leksy

Nadmierna masa ciała dzieci i młodzieży – zarys problemu

Problem otyłości stanowi bez wątpienia jeden z bardziej istotnych problemów zdrowia publicznego. Eksperci WHO od wielu lat ostrzegają przed epidemią otyłości, która stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia i jakości życia ogromnej rzeszy ludzi. Otyłość jest bowiem nie tylko przedmiotem badań naukowych i zainteresowania specjalistów, lecz także jednym z najbardziej atrakcyjnych i bulwersujących tematów, budzących zainteresowanie szerokiego kręgu odbiorców¹. Wynika to zapewne – z jednej strony – ze stałej wzrostowej tendencji rozpowszechnienia nadwagi i otyłości, z drugiej natomiast – z ciągłego poszukiwania skutecznych sposobów pozbycia się nadmiernych kilogramów. Jak pisze Wojciech Drygas², żyjemy w społeczeństwie, które gloryfikuje szczupłość, a przy tym jest coraz bardziej otyłe. Niestety, wraz ze wzrastającą liczbą dorosłych osób z nadmierną masą ciała wzrasta liczba dzieci i młodzieży borykających się z problemem otyłości, która w opinii Anny Oblacińskiej i Barbary Woynarowskiej³, jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń rozwoju dzieci i młodzieży, wpływających na fizyczne i psychospołeczne funkcjonowanie i zdrowie młodego, a następnie dorosłego człowieka. Jed-

¹ W. DRYGAS: *Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne*. „Medycyna Metaboliczna” 2003, T. 7, nr 2, s. 47.

² Ibidem.

³ A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA: *Występowanie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce – doniesienie wstępne*. „Nowa Medycyna” 1995, nr 2 (12).

nocześnie nadmierna masa ciała dzieci i młodzieży jest przyczyną wielu dywagacji, zarówno wśród pediatrów, jak i wśród klinicystów prowadzących badania i obserwacje wybranych grup i populacji. Wśród wielu pediatrów panuje pogląd, że otyłość nie jest chorobą, więc otyłe dziecko nie wymaga szczególnej opieki lekarskiej. Pogląd ten dodatkowo jest potęgowany powszechnym przekonaniem, że próby redukcji nadwagi są nieefektywne i że otyłe dziecko samo „wyrasta” z otyłości⁴. Wydaje się, że również rodzice często nie dostrzegają powagi problemu, a utożsamianie pulchnego dziecka ze zdrowiem jest nadal aktualne. Innymi słowy, oznaki „prawidłowego odżywienia” w postaci dobrze wyglądającego dziecka⁵ świadczyć mają o jego obecnym oraz przyszłym zdrowiu i szczęściu⁶, podczas gdy w rzeczywistości nadmierna masa ciała wiąże się z wieloma poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla dziecka, a później najprawdopodobniej otyłego dorosłego. Warto zaznaczyć, że konsekwencje te dotyczą nie tylko zdrowia fizycznego; otyłość może stać się źródłem problemów w sferze psychicznego i społecznego funkcjonowania dziecka i nastolatka.

Zgodnie z opinią Anny Brytek-Matery⁷, otyłość dziecięca jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego krajów rozwiniętych oraz rozwijających się, natomiast liczba przypadków otyłości wśród dzieci wzrasta we wszystkich grupach wiekowych. W Stanach Zjednoczonych, gdzie udział osób otyłych w skali światowej jest największy, częstość występowania nadwagi u dzieci w wieku od 5 do 14 lat uległa w latach 1971–1994 podwojeniu (z 15% do 30%)⁸. Natomiast zgodnie z danymi z lat 2003–2004, liczba młodych Amerykanów (dzieci i młodzieży w wieku 6–17 lat) z nadmierną masą ciała (zarówno z nadwagą,

⁴ E. MAŁECKA-TENDERA: *Wykorzystanie termogenicznego działania efedryny i teofiliny w leczeniu otyłości prostej u dzieci. Badania doświadczalne i kliniczne*. Rozprawa habiliacyjna. Śląska Akademia Medyczna. Katowice 1993.

⁵ B. NOWAK: *Otyłość – choroba cywilizacji. Występowanie otyłości wśród dzieci objętych opieką Poradni Dziecięcej Nr 2 w Końskich*. „Medycyna Ogólna” 2000, nr 35, 1.

⁶ I. NIEWIADOMSKA, A. KULIK, A. HAJDUK: *Jedzenie*. Lublin: Wydawnictwo Gaudium, 2005.

⁷ A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin, 2008, s. 82.

⁸ C.L. OGDEN et al.: *Prevalence of overweight among preschool children in the United States, 1971 through 1994*. „Pediatrics” 1997, no. 99, s. 11–17.

jak i z otyłością) zwiększyła się i wynosiła 35% dla chłopców oraz 35,9% dla dziewcząt⁹. Należy jednak podkreślić, iż ta niewątpliwie wzrostowa tendencja częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży nie charakteryzuje jedynie populacji Stanów Zjednoczonych, ale dotyczy także wielu innych krajów. Przykładem mogą być Chiny – jedno na 10 dzieci jest dotknięte otyłością¹⁰. Według raportu Międzynarodowej Organizacji do Spraw Walki z Otyłością¹¹, 155 milionów dzieci na świecie ma nadwagę lub otyłość, natomiast w krajach Unii Europejskiej nadwaga występuje u 22 milionów dzieci (29%), otyłość zaś dotyka 5,1 miliona najmłodszych obywateli Unii (6,8%). Biorąc pod uwagę poszczególne kraje Unii Europejskiej, warto nadmienić, iż najwyższe odsetki dzieci i nastolatków z nadmierną masą ciała odnotowano między innymi w Grecji, Hiszpanii, Szkocji, na Cyprze i we Włoszech. Dane dla Polski z roku 2000 w odniesieniu do dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 17 lat wynoszą 16,3% dla chłopców i 12,4% dla dziewcząt¹². Natomiast według badań przeprowadzonych w roku 2001 w grupie polskich dzieci w wieku od 7 do 9 lat nadmiar masy ciała występuje u 15,8% dziewcząt i 15% chłopców, z czego otyłych jest 3,7% dziewcząt i 3,6% chłopców¹³. Badania pokazują, że problem nadwagi i otyłości dotyczy 14,9% polskich dziewcząt i 11,6% polskich chłopców w wieku od 13 do 15 lat. Nadwaga występuje u 9% badanej młodzieży, natomiast otyłość dotyczy około 4,5% populacji (częściej u dziewcząt – 5,7% – niż u chłopców – 3,3%)¹⁴. Cho-

⁹ International Association for the Study of Obesity, September 2011. Available online: http://www.iaso.org/site_media/uploads/Global_Childhood_Overweight_September_2011 (1.03.2012).

¹⁰ J. OGDEN: *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011, s. 148.

¹¹ International Obesity Task Force. *Childhood report*. IASO Newsletter 2004, 6, s. 10–11. Podają za: A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 82.

¹² International Association for the Study of Obesity, London – January 2012. Available online: http://www.iaso.org/site_media/uploads/Child_EU_January_2012 (1.03.2012).

¹³ E. MAŁECKA-TENDERA et al.: *Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-years-old children*. „Obesity Research” 2005, no. 13, s. 964–968. Podają za: A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 82–83.

¹⁴ M. JODKOWSKA, A. OBLACIŃSKA: *Częstość występowania nadwagi i otyłości u młodzieży w wieku 13–15 lat w 2005 roku*. W: *Otyłość u polskich nastolatków*. Epidemiolo-

ciaż, jak oceniają autorzy opracowanego w 2008 roku raportu Państwowego Zakładu Higieny¹⁵, sytuacja polskich dzieci i młodzieży w porównaniu z tą populacją z innych krajów Unii Europejskiej jest stosunkowo korzystna, to jednak odnotowano wzrost odsetka dzieci z nadwagą w młodszych grupach wiekowych; w porównaniu z badaniem przeprowadzonym w 2004 roku zauważalne jest zwiększenie się średniej wagi ciała dzieci niemalże każdego rocznika. Tendencja ta jest szczególnie widoczna w grupie dzieci w wieku 9 lat i więcej¹⁶. Korzystniejszą – w porównaniu z innymi krajami – sytuację epidemiologiczną w Polsce w rozpatrywanym zakresie potwierdzają również Maria Jodkowska, Anna Oblacińska i Izabela Tabak¹⁷. W opinii autorek, wskazuje na to ocena dostępnych aktualnych danych epidemiologicznych, uwzględniających te same kryteria nadwagi i otyłości, co zastosowane w badaniach¹⁸, i odnoszących się do uczniów w podobnym wieku. Jak podkreślają autorki, odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością w USA był ponad trzykrotnie większy niż w Polsce w porównaniu do badań z 2005 roku, natomiast w Europie w odniesieniu do młodzieży francuskiej stwierdzano nadmiar masy ciała niemal dwukrotnie częściej niż w przypadku polskich rówieśników tej młodzieży.

Otyłość to – w ścisłym tego słowa znaczeniu – nadmierna ilość trójglicerydów w tkance tłuszczowej. Przyjęcie tej medycznej definicji otyłości umożliwia określenie zawartości tkanki tłuszczowej w ustroju i wy-

gia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce. Red. A. OBLACIŃSKA, M. JODKOWSKA. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2007, s. 21–33. Podaję za: A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 83.

¹⁵ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski.* Red. B. WOJTYNIAK, P. GORYŃSKI. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego–Państwowy Zakład Higieny, 2008.

¹⁶ *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, 2011, s. 56.

¹⁷ M. JODKOWSKA, A. OBLACIŃSKA, I. TABAK: *Epidemiologia otyłości u młodzieży w okresie pokwitania w Polsce. W: Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach.* Red. A. OBLACIŃSKA, I. TABAK. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2006, s. 16.

¹⁸ Badania przeprowadzone przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka w 2005 roku w reprezentacyjnej próbie ponad 8,3 tys. uczniów gimnazjum w wieku 13–15 lat. Podaję za: ibidem.

znaczenie granicy, powyżej której nadmiar zasobów tłuszczu zwiększa ryzyko chorobowości i nadumieralności¹⁹. Otyłość jest też definiowana jako zaburzenie homeostazy przemiany energetycznej prowadzące do zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej²⁰. W literaturze przedmiotu można również znaleźć definicję, zgodnie z którą „otyłość jest wieloczynnikową postępującą i trwającą przez całe życie chorobą polegającą na nadmiernym gromadzeniu tkanki tłuszczowej”²¹. Z reguły otyłości towarzyszą liczne schorzenia, które niejednokrotnie zagrażają zdrowiu i życiu oraz są przyczyną znacznych wydatków finansowych obciążających zarówno otyłego, jak i społeczeństwo²². Jan Tatoń określa otyłość jako „stan patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej jako składowej całości organizmu. Z tego faktu wynikać może uszkodzenie czynności i struktury poszczególnych narządów lub układów, które zwiększają ryzyko skrócenia średniego oczekiwanego okresu życia. Jest to więc choroba, która nawet wtedy, kiedy organizm o zwiększonej ilości tkanki tłuszczowej nie wykazuje objawów patologicznych, zagraża w miarę przedłużania się jej trwania rozwojem uszkodzeń narządowych i ogólnych w przyszłości”²³.

W praktyce klinicznej w odniesieniu do dzieci najczęściej stosuje się podział na²⁴:

- **otyłość prostą**, czyli pierwotną, gdy nadmierna masa ciała jest skutkiem zachwiania równowagi pomiędzy energią dostarczoną pożywieniem a energią wydatkowaną przez organizm;
- **otyłość wtórną**, w której nadmiar masy ciała występujący u dzieci i młodzieży związany jest z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwo-

¹⁹ A. BASDEVANT, M. LE BARZIC, B. BUY-GRAND: *Otyłość*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 1996.

²⁰ W. CHALCARZ et al.: *Wybrane aspekty odżywiania i stylu życia otyłych kobiet*. „Nowa Medycyna” 1997, nr 4 (15).

²¹ J.M. FRIEDMAN: *Obesity in the new millenium*. „Nature” 2000, no. 404, s. 632.

²² M.S. WYLEŻOŁ, M.S. PARDELA: *Miejsce chirurgii w leczeniu otyłości*. „Wiadomości Lekarskie” 2003, nr 56 (3–4).

²³ J. TATOŃ: *Otyłość – patofizjologia, diagnostyka, leczenie*. Warszawa: PZWL, 1985.

²⁴ B. PYRŻAK, E. FAJĘCKA-DEMBIŃSKA: *Klasyfikacja otyłości*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 1995, s. 39–40.

wego, endokrynopatiami oraz zespołami mnogich wad rozwojowych; nadmierna masa ciała powstaje wówczas na skutek uszkodzenia układów regulujących pobór i wydatek energii.

Najczęściej występującą postacią otyłości u dzieci i młodzieży jest otyłość prosta, która stanowi około 90% wszystkich przypadków otyłości w tej grupie wiekowej. Do powstania otyłości dzieci i młodzieży mogą przyczynić się zarówno czynniki genetyczne, takie jak skłonność do wadliwego magazynowania tkanki tłuszczowej i obniżone tempo przemiany materii, jak i czynniki środowiskowe, jak utrwalony w rodzinie nieprawidłowy sposób żywienia, niska aktywność ruchowa, a także czynniki emocjonalne²⁵. Jak zauważa Anna Oblacińska²⁶, we wstępnym różnicowaniu otyłości pierwotnej i wtórnej pomocne mogą okazać się wskaźniki przedstawione przez Christine L. Williams, Marguerite Bollelli i Betty J. Carter. Autorki te wymieniają następujące cechy różnicujące otyłości²⁷:

- występowanie otyłości w rodzinie (otyłość pierwotna często występuje także u innych członków rodziny, w przypadku otyłości wtórnej ma to miejsce stosunkowo rzadko);
- wysokość ciała (w przypadku otyłości pierwotnej wzrost jest często powyżej przeciętnej, przy otyłości wtórnej – stosunkowo niski);
- rozwój umysłowy (w przypadku otyłości pierwotnej iloraz inteligencji jest najczęściej w normie, w przypadku otyłości wtórnej rozwój umysłowy opóźniony jest zwykle w różnym stopniu);
- wiek kostny – dojrzewanie kośćca (w przypadku otyłości pierwotnej jest on odpowiedni dla wieku metrykalnego, w otyłości wtórnej – najczęściej opóźniony);
- badanie przedmiotowe (w otyłości pierwotnej najczęściej nie wykazuje żadnych odchyłeń poza nadmierną masą ciała, w otyłości wtórnej zwykle występują liczne odchylenia i wady rozwojowe).

²⁵ E. FAJĘCKA-DEMBIŃSKA: *Otyłość prosta – przyczyny i diagnozowanie*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać...*, s. 40–42.

²⁶ A. OBLACIŃSKA: *Definicja, etiologia i klasyfikacja otyłości*. W: *Jak pomóc otyłemu nastolatкови?*..., s. 13.

²⁷ Ch.L. WILLIAMS, M. BOLLELLA, B.J. CARTER: *Treatment of childhood obesity in pediatric practice*. „Annals of the New York Academy of Sciences” 1993, vol. 699: *Prevention and treatment of childhood obesity*, s. 207.

W rozwoju otyłości wyróżnia się dwie fazy²⁸:

- **fazę dynamiczną** – stopniowy przyrost masy ciała (wzrost liczby komórek tłuszczowych i ich rozmiarów, zwiększenie podstawowej przemiany materii aż do ustalenia się równowagi podaży/wydatek energii na nowym, wyższym poziomie);
- **fazę statyczną** – utrzymywanie się nadwagi i nowej równowagi metabolicznej.

U dzieci i młodzieży największe ryzyko rozwoju nadwagi istnieje między 1.–2. i 5.–7. rokiem życia oraz w okresie dojrzewania płciowego. Są to tzw. okresy krytyczne, w których zwiększa się liczba komórek tłuszczowych. W dalszych latach życia liczba tych komórek nie ulega zmianie, powiększają się tylko ich rozmiary. Im większa liczba komórek tłuszczowych, tym większe ryzyko dużego przyrostu tkanki tłuszczowej²⁹.

Aktualnie dostępne są różne metody oceny stopnia otyłości, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci i młodzieży, zależne od sposobów pomiaru nadmiaru masy ciała. Jak pisze Nina Ogińska-Bulik³⁰, ocena otyłości u dzieci powinna uwzględniać prawidłowości i specyfikę okresu rozwojowego, wiek kalendarzowy, dymorfizm płciowy, przebieg wzrastania, dojrzewania i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej. Najprostsze i najczęściej stosowane metody oceny stopnia otyłości oparte są na interpretacji proporcji masy ciała i wysokości. Powszechnie dostępne są siatki centylowe wysokości i masy uwzględniające wiek i płeć dziecka, które przez niektórych badaczy uważane są za jedną z najbardziej obiektywnych metod oceny rozwoju³¹. Do metod opartych na siatkach centylowych należą³²:

- **metoda „2 pasm centylowych”** – kryterium otyłości stanowi pozycja centylowa masy ciała, oceniana według wieku kalendarzowego, przewyższająca o co najmniej 2 pasma centylowe pozycję wysokości ciała;

²⁸ B. WOYNAROWSKA: *Otyłość*. W: *Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa: PWN, 2010, s. 179.

²⁹ Ibidem, s. 179–180.

³⁰ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2004.

³¹ M. KRAWCZYŃSKI, K. BORSKI: *Badania długofalowe nad rozwojem fizycznym dzieci z otyłością prostą*. „Endokrynologia Polska” 1983, 34, 6, s. 383–395. Podaję za: N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 48.

³² N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 48–49.

- **metoda „2 odchyień standardowych (2 s)”** – ocena według siatek standardowych wysokości i masy ciała, kryterium otyłości stanowi różnica między wysokością i masą ciała przekraczająca 2 odchylenia standardowe;
- **siatki centylowe skorelowane** – narzędziem w tej metodzie są siatki centylowe proporcji masy ciała w stosunku do wysokości, nie uwzględniają one wieku (za tzw. wąską normę uznaje się zakres 25–75, za tendencję do nadwagi zakres 75–90, za nadwagę 90–97, powyżej 97 centyla – otyłość);
- **metoda obliczania „procentu masy należnej”** – popularna i często stosowana przez lekarzy; wadą tej metody jest to, że nie uwzględnia ona zmiennego tempa rozwoju tkanki tłuszczowej w ontogenezie (115–120% masy należnej traktowane jest jako nadwaga, 120% jako kryterium otyłości);
- **wskaźnik Queteleta (Body Mass Index)** – najczęściej wykorzystywany, najbardziej przydatny do oceny stopnia nadwagi i otyłości, gdyż charakteryzuje się wysoką korelacją z masą ciała i otłuszczeniem, przy stosunkowo małej zależności od wysokości ciała³³.

Do obliczenia wskaźnika Queteleta (BMI) należy zastosować wzór:

$$\text{BMI} = \text{ciężar ciała w kg} / (\text{wzrost w m})^2$$

Wskaźniki BMI dla dzieci i młodzieży przyjmują nieco niższe wartości niż normy dla osób dorosłych. Wskaźniki BMI dla dzieci i młodzieży uwzględniające płeć przedstawiono w tabeli 1.

W stosunku do dzieci i młodzieży w okresie wzrastania warto posłużyć się tablicami lub siatkami centylowymi wskaźnika BMI, uwzględniającymi płeć i wiek badanych. Używając tego narzędzia badawczego, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, nadwagę stwierdza się wówczas, gdy wartość wskaźnika BMI dla płci i wieku wynosi od 85 do 94,9 centyla, otyłość natomiast, gdy wartość BMI znajduje się na poziomie 95 centyla i powyżej³⁴.

³³ I. PALCZEWSKA: *Ocena nadmiaru masy ciała i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać...*, s. 23–29.

³⁴ *Physical status. The use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995. Podają za: A. OBLACIŃSKA: *Definicja, etiologia i klasyfikacja otyłości...*, s. 9–10.

TABELA 1

Wskaźniki BMI dla dzieci i młodzieży z uwzględnieniem płci

Lata życia	BMI u dziewcząt (wartości średnie)	Prawidłowa masa ciała na podstawie wskaźnika BMI	BMI u chłopców (wartości średnie)	Prawidłowa masa ciała na podstawie wskaźnika BMI
1	17,54	15,29–19,79	17,95	15–67–20,23
2	16,94	14,72–19,16	17,90	15,74–20,26
3	16,10	13,98–18,22	16,22	14,07–18,37
4	15,45	13,23–17,67	15,68	13,55–17,80
5	15,34	12,84–17,84	15,58	13,38–17,78
6	15,50	12,85–18,15	15,71	13,20–18,22
7	16,25	13,13–19,37	16,32	13,55–19,09
8	16,71	13,25–20,17	16,37	13,45–19,29
9	16,79	12,99–20,59	16,65	13,60–19,70
10	17,14	13,09–21,19	17,08	13,76–20,90
11	17,59	13,37–21,81	17,76	13,94–21,58
12	17,96	13,71–22,21	18,68	14,48–22,88
13	18,87	14,90–22,84	18,94	14,76–23,12
14	19,83	16,13–23,53	19,43	15,33–23,53
15	20,26	16,92–23,60	19,75	16,07–23,43
16	20,51	17,49–23,53	20,54	17,09–23,99
17	20,67	17,85–23,49	20,79	17,75–23,83
18	20,67	18,01–23,33	21,14	18,38–23,90

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: W.B. SZOSTAK: *Otyłość. Problem o rosnącym znaczeniu na przełomie wieków*. „Medycyna po Dyplomie” 2000, wydanie specjalne: marzec–kwiecień, s. 7–11.

Otyłość stwierdza się również na podstawie stopnia otyłości; w przypadku dzieci stosuje się wówczas najczęściej metody antropometryczne, takie jak pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych i pomiar obwodów³⁵, gdyż do szóstego–siódmego roku życia tkanka tłuszczowa dzieci jest równomiernie rozmieszczona i dopiero w wieku późniejszym dochodzi do zmian w jej rozmieszczeniu³⁶.

³⁵ I. PALCZEWSKA: *Ocena nadmiaru masy ciała i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej...*, s. 23–29.

³⁶ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 49.

Stereotyp otyłości i jego konsekwencje w doświadczeniu dziecięcym

Nadmierna masa ciała (a szczególnie otyłość) jest nie tylko czynnikiem ryzyka wystąpienia wielu poważnych schorzeń³⁷ i problemów funkcjonowania somatycznego, lecz także zaburzeniem, które wpływa na sposób postrzegania otyłego dziecka, zarówno przez nie samo, jak i przez otoczenie społeczne³⁸. Stąd też najczęstszym powikłaniem otyłości u dzieci i młodzieży z nadmierną masą ciała są trudności związane z funkcjonowaniem psychospołecznym³⁹. Źródłem problemów w wymienionym zakresie są zwykle negatywne postawy i uprzedzenia, jakie w stosunku do otyłych dzieci i młodzieży prezentują rówieśnicy, nauczyciele, rodzina, jak również szersze środowisko społeczne. Ogólnie, uprzedzenia dotyczące masy ciała odnoszą się do postaw i przekonań związanych z wagą, które wyrażają się w stereotypach i odrzuceniu dzieci i młodzieży z nadmierną masą ciała⁴⁰. Na podstawie krzywdzących stereotypów dzieci te mogą być poddawane systematycznej, najczęściej rówieśniczej, dyskryminacji od najmłodszych lat. Badania amerykańskie pokazują bowiem, że zanim dzieci osiągną wiek szkolny, stają się „uczulone” na otyłość i kojarzą ją z wieloma negatywnymi cechami, jak lenistwo i niechlujstwo⁴¹. Przedszkolacy wierzą na przykład, że ich rówieśnicy z nadwagą są złośliwi; z tego powodu stają się oni mniej pożądanymi towarzyszami zabaw w porównaniu z dziećmi z wagą w normie. Charakteryzując otyłych rówieśników, dzieci w wieku przedszkolnym często używają

³⁷ Mogą to być: zaburzenia rozwoju motorycznego, przeciążenie układu ruchu, choroby metaboliczne (w tym cukrzyca), choroby wątroby czy sercowo-naczyniowe. Podają za: W.J. KLISH: *Otyłość w dzieciństwie*. „Pediatria po Dyplomie” 1999, nr 3 (2).

³⁸ J. RADOSZEWSKA: *Z badań nad tożsamością osób otyłych*. „Nowiny Psychologiczne” 1994, nr 4, s. 87–91.

³⁹ I. TABAK: *Psychospołeczne skutki otyłości*. W: *Jak pomóc otyłemu nastolatкови?...*, s. 31.

⁴⁰ R. PUHL: *Childhood obesity and stigma*. Obesity Action Coalition. Available online: <http://www.obesityaction.org/magazine/oacnews7/childhoodobesity.php> (1.03.2012).

⁴¹ W. DIETZ: *Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease*. „Pediatrics” 1998, no. 101, s. 518–525. Podają za: I. YOUNG: *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2011, s. 200.

takich przymiotników, jak: głupi, brzydki, nieszczęśliwy, leniwy, niemający przyjaciół. Uczniowie szkoły podstawowej również wierzą, że otyłe dzieci są: brzydkie, samolubne, leniwe, głupie, nieszczerze, wyizolowane społecznie. Dla porównania, dzieci z wagą w normie były charakteryzowane jako: mądre, zdrowe, atrakcyjne, miłe, szczęśliwe, popularne oraz jako pożądaní towarzysze zabaw⁴². Ponadto, w jednym z badań pokazano pięcio- i sześciolatnióm dziecióm serię rysunków przedstawiających dziecko otyłe, dziecko z prawidłową masą ciała oraz trzy rysunki dzieci z różnymi niepełnosprawnościami. Badani oceniali rysunki, odpowiadając na pytanie o to, które dziecko najbardziej im się podoba. W rezultacie dzieci z rysunków uszeregowano w następującej kolejności: dziecko z prawidłową masą ciała znalazło się na samej górze (podało się najbardziej), a otyłe na dole „rankingu” (dla oceniających było najmniej atrakcyjne)⁴³. Wyniki badań przeprowadzonych w USA wskazują także, że dzieci w wieku 10–11 lat wykazują oznaki dyskryminacji wobec otyłych rówieśników w zakresie doboru przyjaciół. Kiedy w jednym z badań poproszono chłopców o przypisanie 39 określeń do jednej z trzech sylwetek: chudej, umięśnionej oraz otyłej, otyły kształt był najrzadziej opisywany jako „najlepszy przyjaciel”, a najczęściej jako „dokuczają mu”⁴⁴. W przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii badaniach dzieci dziewięcioletnie potwierdziły, że obraz sylwetki z nadwagą kojarzył im się ze złym funkcjonowaniem społecznym, z niskimi osiągnięciami szkolnymi oraz negatywnie postrzeganym zdrowiem i brakiem sprawności fizycznej⁴⁵.

Tak powszechne stereotypy dotyczące osób z nadmierną masą ciała powodują, że otyłe dzieci i nastolatki są narażone na wiele form prześladowania, zwykle w postaci⁴⁶:

- **drećzenia słownego** (na przykład: przezywanie, uwłaczające godność nazywanie, wyśmiewanie);

⁴² P. CRAMER, T. STEINWERT: *Thin is good, fat is bad: How early does it begin?* „Journal of Applied Developmental Psychology” 1998, no. 19, s. 429–451.

⁴³ I. YOUNG: *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży...*, s. 201.

⁴⁴ Ibidem, s. 200.

⁴⁵ A.J. HILL, E.K. SILVER: *Fat, friendless and unhealthy: 9 year-old children's perception of body shape stereotypes*. „International Journal of Obesity” 1995, no. 19, s. 423–430. Podaję za: I. YOUNG: *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży...*, s. 201.

⁴⁶ R. PUHL: *Childhood obesity and stigma...*

- **przemocy fizycznej** (na przykład: uderzanie, kopanie, popychanie);
- **społecznego wykluczenia** (na przykład: bycie ignorowanym lub unikany, wykluczenie ze wspólnych aktywności, bycie obiektem plotek).

Warto podkreślić, iż choć niektóre formy krzywdzenia mają charakter bardziej subtelny, to jednocześnie niektóre są wyrażane w sposób bezpośredni i publiczny, a dzieci będące ich obiektem bardzo często muszą stawić czoła podobnym przykrym doświadczeniom każdego dnia⁴⁷.

Otyłość może być dla dziecka źródłem poważnych stresów⁴⁸, których efektem mogą być pojawiające się u otyłych dzieci reakcje nerwowe związane z etykietyzowaniem i dyskryminacją tych dzieci ze strony rówieśników, jak również z niepowodzeniami w nauce, wynikającymi ze zmniejszonej aktywności umysłowej i inicjatywy, pomimo najczęściej wysokiego poziomu umysłowego⁴⁹. Ze względu na mniejszą sprawność fizyczną dzieci otyłe są także wykluczane ze wspólnych gier i z zabaw o charakterze zręcznościowym, co pogłębia ich izolację⁵⁰. Ponadto funkcjonowanie psychologiczne dzieci otyłych charakteryzuje się przejawianiem trudności w wyrażaniu własnych przeżyć psychicznych, uruchamianiu treści dotyczących własnych przekonań lub zainteresowań⁵¹. Również badania przeprowadzone pod kierunkiem Anny Obuchowicz⁵² potwierdziły istnienie problemów psychologicznych i społecznych otyłych dzieci. Przede wszystkim u ponad połowy badanych dzieci stwierdzono zaburzenia osobowości oraz obniżoną dojrzałość społeczną. Wyniki przytoczonych badań pokazują także, że dzieci otyłe czują się nielubiane z powodu

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ E. MAŁECKA-TENDERA: *Wykorzystanie termogenicznego działania efedryny i teofiliny w leczeniu otyłości prostej u dzieci...*

⁴⁹ *Psychiatria wieku rozwojowego*. Red. A. POPIELARSKA. Warszawa: PZWL, 1989. Podaję za: A. DANEK: *Dysfunkcjonalność rodziny. Wybrane konsekwencje psychopedagogiczne na przykładzie młodzieży z otyłością prostą*. „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Pedagogiczne” 1996, z. 25.

⁵⁰ E. MAŁECKA-TENDERA: *Wykorzystanie termogenicznego działania efedryny i teofiliny w leczeniu otyłości prostej u dzieci...*

⁵¹ J. RADOSZEWSKA: *Poczucie tożsamości dzieci leczonych z powodu otyłości prostej*. „Pediatria Polska” 2000, nr 75 (11).

⁵² A. OBUCHOWICZ et al.: *Aspekty psychologiczne otyłości prostej u dzieci miejskich w wieku przedpokwitaniowym*. „Pediatria Polska” 1997, T. 72, nr 2.

małej atrakcyjności fizycznej, dlatego też wiele z nich ma niskie poczucie własnej wartości, natomiast około 10% cierpi na depresję⁵³.

Nadmierna masa ciała jako wyznacznik funkcjonowania w środowisku szkolnym

Niezwykle ważnym etapem w życiu każdego człowieka są lata nauki szkolnej. W szkole dziecko zdobywa wiedzę i doświadczenie, poszerza horyzonty, rozwija przydatne w życiu umiejętności, wchodzi w relacje z rówieśnikami, ucząc się współżycia i współdziałania z nimi. Na pozycję dziecka w klasie ma wpływ wiele czynników, w tym: możliwości wywierania lub niewywierania wpływu na innych uczniów, sympatia lub antypatia kolegów, dobre lub złe stopnie, **atrakcyjny** bądź **nieatrakcyjny wygląd zewnętrzny**. Zdarza się, że klasa odrzuca i izoluje nieakceptowanych przez ogół uczniów⁵⁴. Niestety, grupą dzieci odrzuconych są często dzieci z nadmierną masą ciała. W szkołach negatywne postawy i zachowania w stosunku do rówieśników z nadwagą i otyłością są bardzo powszechne⁵⁵.

Biorąc pod uwagę pozycję społeczną otyłych dzieci, należy podkreślić, iż uczniowie ci muszą stawić czoła różnego rodzaju prześladowaniom pochodzącym z wielu źródeł – często nie tylko od rówieśników z tej samej klasy lub szkoły, lecz także od nauczycieli⁵⁶. Ponadto, badania pokazują, iż wzrost wagi ciała ma wpływ zarówno na wyniki dziecka w szkole, jak i na występowanie pewnych problemów szkolnych. Stwierdzono bowiem, że dziewczynki, które nie miały nadwagi w przedszkolu, ale miały nadwagę w trzeciej klasie szkoły podstawowej, były gorzej

⁵³ W.J. KLISH: *Otyłość w dzieciństwie...*

⁵⁴ K. GRZESIAK, B. ZINKIEWICZ: *Poradnik. Kim zostanie moje dziecko?* [Seria wydawnicza: „Wybór zawodu”]. Kraków: MEN, 2011, s. 83–85.

⁵⁵ A. DATAR, R. STRUM: *Childhood overweight and elementary school outcomes*. „International Journal of Obesity” 2006, no. 30, s. 1449–1460.

⁵⁶ *North American Association for the Study of Obesity*. Available online: <http://www.obesityonline.org/slides/slide01.cfm?tk=34&dpg> (12.12.2008).

oceniane przez nauczycieli pod względem społecznych kompetencji i zachowania w szkole oraz podejścia do nauki. Dodatkowo miały słabsze wyniki w czytaniu i matematyce w porównaniu z dziewczynkami, które były szczupłe. Chłopcy, którzy stali się otyli, częściej opuszczali zajęcia szkolne, choć mieli mniej objawów zaburzenia zachowania charakteryzującego się naruszeniem podstawowych praw innych osób i przyjętych norm moralnych. Przeprowadzone przez zagranicznych autorów wywiady z dziećmi z nadwagą ujawniły, iż najpopularniejszymi formami uprzedzeń było dokuczanie, żartowanie z danej osoby, uwłaczające godności nazywanie. Wiele z badanych osób przyznaje, iż stanowiło obiekt uprzedzeń w szkole zarówno podstawowej, jak i średniej oraz że do tej pory nie nauczyło się radzenia sobie z tymi stygmatyzującymi zachowaniami⁵⁷. Warto także zaznaczyć, iż – jak pokazują badania – około 1/3 dziewcząt z nadwagą i 1/4 chłopców z nadwagą było prześladowanych przez rówieśników w szkole. Natomiast aż około 60% dziewcząt i chłopców z najwyższym poziomem otyłości ocenia, iż było ofiarami rówieśniczych represji⁵⁸.

W ostatnim czasie, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, dyskryminacja i psychiczne krzywdzenie otyłych osób, w tym dzieci i młodzieży, są coraz częściej postrzegane przez specjalistów i badaczy w kategoriach ogromnego, wymagającego szybkich uregulowań prawnych problemu. Prawdopodobnie rozmiary stygmatyzacji i uprzedzeń z powodu otyłości (*weight bias*) wynikają ze stopnia rozpowszechnienia nadmiernej masy ciała w społeczeństwie amerykańskim. Skoro jednak jest to zjawisko o tak dużym zasięgu, to wydaje się, iż społeczeństwo nie powinno stosować odnotowywanych przez badaczy i obserwatorów form represji i społecznej deprecjacji. Tymczasem, jak wskazują autorzy raportu⁵⁹ z Yale University, w obszarze edukacji uprzedzenia ze względu na masę ciała odnoszą się do zachowań i postaw zarówno rówieśników, jak i nauczycieli oraz instytucji edukacyjnych. W raporcie zapisano:

⁵⁷ P. CRAMER, T. STEINWERT: *Thin is good, fat is bad...*, s. 429–451.

⁵⁸ *North American Association for the Study of Obesity...*

⁵⁹ *Weight Bias: The Need for Public Policy*. Ed. R.R. FRIEDMAN. Rudd Report. The Rudd Center for Food Policy and Obesity. Yale University 2008, s. 6. Available online: <http://www.obesityaction.org/aboutobesity/obesitystigma/WeightBiasPolicyRuddReport.pdf> (1.03.2012).

- blisko 1/3 dziewcząt i 1/4 chłopców z nadmierną masą ciała była dręczona przez rówieśników w szkole; wśród dzieci o najwyższej masie ciała dokuczania ze strony rówieśników doświadczało troje na pięcioro dzieci;
- rówieśnicy postrzegają otyłych kolegów jako niepożądanych partnerów zabaw, jako leniwych, głupich, brzydkich, złośliwych i nieszczęśliwych;
- negatywne postawy wobec otyłych dzieci mają miejsce już w przedszkolu i mogą nasilać się wraz z wiekiem dzieci.

Autorzy raportu formułują następujące wnioski z badań dotyczących negatywnych doświadczeń społecznych związanych z nadmierną masą ciała⁶⁰:

- otyłe dzieci w wieku wczesnoszkolnym są częściej nieobecne w szkole aniżeli ich nieotyli rówieśnicy;
- zaobserwowano mniejsze prawdopodobieństwo podjęcia nauki na studiach przez otyłe nastolatki w porównaniu z ich nieotyłymi koleżankami;
- w biografiach uczniów, którzy byli otyli w wieku 16 lat, odnotowano mniej lat edukacji niż u ich nieotyłych rówieśników;
- młodzi ludzie, którzy doświadczyli represjonowania z powodu masy ciała, są bardziej podatni na depresję, częściej mają niskie poczucie własnej wartości, negatywny obraz własnego ciała oraz myśli samobójcze;
- doświadczenie rówieśniczego dręczenia z powodu masy ciała zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania przez młodzież niezdrowych zachowań żywieniowych oraz unikania aktywności fizycznej.

Wiele z prezentowanych dotychczas doniesień dotyczy badań i rzeczywistości Stanów Zjednoczonych, albowiem wydaje się, iż negatywne postrzeganie otyłości jest tam szczególnie nasilone. Jednakże wyniki badań przeprowadzonych w polskich szkołach⁶¹ czy chociażby moje poszukiwania i próby odpowiedzi na pytanie, jaka jest sytuacja otyłego dziecka i nastolatka w grupie rówieśniczej⁶², dostarczyły informacji, na

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Na przykład badania Zakładu Medycyny Szkolnej. Podaję za: I. TABAK: *Psychospołeczne skutki otyłości...*, s. 32–33.

⁶² Wypowiedzi to głównie wspomnienia i opisy aktualnych doświadczeń związanych z nadmierną masą ciała publikowane na blogach i forach internetowych.

podstawie których można stwierdzić, iż problemy, z jakimi borykają się amerykańskie otyłe nastolatki, nie są obce również polskim dzieciom. Na przykład, zgodnie z wynikami badań Zakładu Medycyny Szkolnej (z roku 2005), z docinkami, uwagami i przewiskami ze strony rówieśników związanymi z nadwagą spotykało się 66% badanych otyłych nastolatków, ze strony rodzeństwa – 55% (częściej dziewczęta), rodziców – 32%, a nauczycieli – 18%⁶³. Jako przykład przytoczę wypowiedzi osób, które doświadczyły krzywdzenia z powodu nadmiernej masy ciała⁶⁴:

Szkolne lata wspominam lepiej i gorzej, chociaż raczej gorzej. Największa w klasie biłam chłopców, bo obśmiewali moje kształty – grubas, wieloryb, świnia, maciora. Jak ja ich nienawidziłam.

W gimnazjum dokuczanie znacznie się nasiliło. Ciągle słyszałam odzywki: „Jaka ona gruba”, „Co za pasztet!”, „Nawet chodzić jej ciężko”, „Jaka Gozilla”. I ten potworny śmiech. Ciągle go słyszę, nawet teraz.

Przyszedł czas na szkołę podstawową i zaczął się horror: wyzywiska, wyśmiewanie, odseparowanie od reszty klasy, i to tylko dlatego, iż ich zdaniem nie zasługiwałam na szacunek należny człowiekowi, bo nie byłam przecież człowiekiem, byłam tłustym potworem, świnia, wielorybem, tłuszczem, grubasem itp. Jak ognia unikałam WF-u – poniżające ćwiczenia, śmiech reszty klasy, pot i łzy.

Negatywne doświadczenia społeczne związane z nadmierną masą ciała są – jak się wydaje – głównym powodem problemów związanych z funkcjonowaniem psychicznym przejawiających się, między innymi, niskim poczuciem własnej wartości, sfrustrowaniem, poczuciem osamotnienia, depresją, trudnościami z kontakcie z samym sobą⁶⁵. Pośrednio wynika to z faktu, iż otyłe dzieci (jak również otyłe osoby dorosłe) postrzegają siebie zgodnie z tym, jak są postrzegane przez innych. Mechanizm ten potwierdza Erving Goffman⁶⁶, który w książce *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości* pisze, iż jeśli czyjś wygląd ciała i umiejętność kierowania nim

⁶³ Wyniki badań przytoczono za: ibidem, s. 33.

⁶⁴ Wypowiedzi osób z nadmierną masą ciała opublikowane na forach i blogach internetowych.

⁶⁵ J. RADOSZEWSKA: *Jestem gruby, więc jestem*. „Nowiny Psychologiczne” 2000, nr 1, s. 65–73.

⁶⁶ E. GOFFMAN: *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: GWP, 2005, s. 10–35.

kategoryzują pewną osobę w oczach innych jako „niepełnowartościowego” członka społeczeństwa, wówczas osoba ta internalizuje przypiętą jej etykietę i włącza ją do czegoś, co staje się „zranioną” tożsamością. Innymi słowy, obowiązujące standardy społeczne (dotyczące szczupłej sylwetki) zostają zinternalizowane i odczytane jako osobiste porażki (gdy wymagane standardy nie zostaną osiągnięte). Podstawową reakcją takiej osoby staje się wstyd i zgeneralizowane poczucie bycia gorszym⁶⁷. Erving Goffman używa takich określeń, jak samonienawiść czy poczucie nieadekwatności społecznej. Potwierdzenie tego typu reakcji może stanowić opinia na swój temat jednej z internautek:

To ja jestem gruba, to moja wina, moje lenistwo, moje zaniedbanie. Chłopcy są dla szczupłych, ładnych, zgrabnych. A ja za karę jestem sama. Dobrze mi tak [...].

Doświadczanie poczucia braku atrakcyjności dla innych powoduje często postrzeganie siebie jako osoby nieatrakcyjnej i niską samoocenę⁶⁸, a poczucie tożsamości otyłych dzieci i nastolatków zbudowane jest z negatywnych sądów o sobie⁶⁹. Osoby takie wchodzi w interakcje z innymi, wnosząc w nie negatywny obraz siebie, przez co powodują postrzeganie ich jako nieatrakcyjnych⁷⁰. Tworzy się tak błędne koło, w którym w rezultacie nie tylko tusza, lecz także właściwości psychiczne jednostki mają wpływ na negatywne jej postrzeganie⁷¹.

Wspomnianą konsekwencją niezadowolenia z własnego wyglądu oraz doświadczeń społecznych z tym związanych jest często obniżenie poczucia własnej wartości, a nawet podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia⁷², czego dowód mogą stanowić wypowiedzi na forum internetowym:

Kiedyś byłam gruba i przez opinię społeczną, a także rodzinę przekroczyłam pewną granicę. Skończyłam jako chuda bulimiczka z depresją, samo-

⁶⁷ E. CZYKWIN: *Stygmat społeczny*. Warszawa: PWN, 2008, s. 190–239.

⁶⁸ I. TABAK: *Psychospołeczne skutki otyłości...*, s. 32.

⁶⁹ J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w psychologii klinicznej*. „Nowiny Psychologiczne” 2003, nr 3, s. 23–31.

⁷⁰ J. RADOSZEWSKA: *Z badań nad tożsamością osób otyłych...*, s. 87–91.

⁷¹ I. TABAK: *Psychospołeczne skutki otyłości...*, s. 33.

⁷² B. WOYNAROWSKA et al.: *Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej*. Warszawa: Wydział Pedagogiczny Uniwersytet Warszawski–Instytut Matki i Dziecka, 2005.

okaleczeniami, myślami samobójczymi i niemożnością normalnego funkcjonowania. Kiedy byłam gruba, nie byłam szczęśliwa, ale dużo szczęśliwsza niż jestem teraz...

Zjadałam emocje i tak tyłam dalej. Wpadłam w depresję tak wielką, że chciałam odebrać sobie życie. Wiem, że moja mama by tego nie wytrzymała, więc skończyło się na myślach samobójczych. Wylądowałam jednak w szpitalu na oddziale psychiatrycznym na miesiąc. Wtedy tak naprawdę zdałam sobie sprawę, jak bardzo jestem zniszczona, zaszczuta przez innych.

W obliczu dramatów i przeżyć, u podłoża których leży nadmierna masa ciała oraz niezadowolenie z wyglądu własnego ciała spotęgowane bolesnymi wspomnieniami i negatywnymi doświadczeniami społecznymi, niebagatelną rolę mają do odegrania zarówno rodzice, jak i wychowawcy, nauczyciele. Ich rola, oprócz ochrony podmiotowości i godności młodego człowieka, powinna sprowadzać się do pomocy w budowaniu stabilnego poczucia własnej wartości i tożsamości dzieci i młodzieży tak, aby ci młodzi ludzie mogli skutecznie budować wizerunek własnej osoby, opierając się na innych, aniżeli tylko wygląd ciała, wartościach i atrybutach. W sytuacji naznaczenia społecznego stabilne poczucie własnej tożsamości jest niezwykle istotne; posiadająca je jednostka „wykształciła przez wczesne relacje zaufania kokon ochronny, który w sytuacjach życia codziennego izoluje ją od wpływu czynników, które mogłyby naruszyć całość jej tożsamości i zagrozić poczuciu własnej wartości. Wreszcie jednostka taka jest w stanie uznać własną wartość. Ma dość szacunku dla samej siebie, by zachować poczucie, że żyje, czyli że refleksyjnie kontroluje rzeczywistość, a nie jest jedynie jej bezwolnym elementem”⁷³.

Terapia nadmiernej masy ciała dzieci i młodzieży

Według specjalistów odnoszących sukcesy w leczeniu otyłości u dzieci i nastolatków, nie ma jednej dobrej metody terapii nadwagi i otyłości.

⁷³ A. GIDDENS: *Nowoczesność i tożsamość*. Warszawa: PWN, 2010, s. 70–142.

Większość specjalistów zgadza się z tym, że najlepsze jest podejście wielostronne, łączące dietę, ruch i oddziaływanie psychologiczne. Zwykle jednak proponuje się rozpocząć terapię badaniem lekarskim, a także wyznaczeniem wspólnych (tj. dziecka i rodziców) realistycznych celów, którymi powinny być: redukcja masy ciała, poprawa wyglądu oraz samopoczucia dziecka. Ważnym elementem wczesnego etapu terapii jest konsultacja ze specjalistą do spraw żywienia, który zdiagnozuje sposób odżywiania się rodziny i zaproponuje zmiany nie tylko sprzyjające redukcji masy ciała dziecka, lecz także odpowiadające zaleceniom zdrowego stylu życia, którego nieodłącznym elementem jest racjonalne żywienie. W procesie terapii niezwykle istotną rolę ma współpraca rodziców. Na nich bowiem spoczywa obowiązek pomocy dziecku w kontrolowaniu i wyrobieniu pożądanych nawyków żywieniowych⁷⁴, gdyż otyłe dzieci często nie rozpoznają sygnałów regulujących apetyt i mogą nigdy nie odczuwać głodu czy sytości z powodu nieprawidłowych nawyków żywieniowych. Dlatego ważne jest, aby uczyć dzieci rozpoznawania tych sygnałów, czemu może służyć między innymi właściwy rozkład posiłków w ciągu dnia⁷⁵. Ponadto w praktycznych zaleceniach redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży Edward Jabłoński i Urszula Kaźmierczak⁷⁶ proponują przestrzeganie następujących zasad:

- unikać kupowania ulubionych smakołyków, najczęściej wysokokalorycznych, zawierających znikomą ilość składników odżywczych;
- w miarę możliwości nie spożywać posiłków w kuchni (zapach i widok jedzenia może dodatkowo stymulować uczucie łaknienia);
- do pojadania łagodzącego uczucie głodu w czasie kuracji odchudzającej wykorzystywać produkty niskokaloryczne: marchew, jabłko, prażona kukurydza;
- dążyć do tego, by posiłek trwał możliwie długo;
- sugerować, iż posiłki są duże, dzięki zastosowaniu małych naczyń;
- nie jeść podczas wykonywania innych czynności, na przykład oglądania telewizji, czytania;

⁷⁴ M.M. JABŁOW: *Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców*. Gdańsk: GWP, 2000.

⁷⁵ W.J. KLISH: *Otyłość w dzieciństwie...*

⁷⁶ E. JABŁOŃSKI, U. KAŹMIERCZAK: *Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2002, nr 1.

- spożywanie takiej samej ilości energii rozkładać na większą liczbę posiłków;
- odróżniać wysokokaloryczne tłuste produkty od potraw niskokalorycznych;
- przyjąć, że część niezjedzonego dania można pozostawić na talerzu.

Niezwykle istotnym elementem postępowania terapeutycznego jest właściwe, systematyczne kontrolowanie przestrzegania zaleceń. Nie ulega jednak wątpliwości, że im młodsze dzieci, tym ich wpływ na przestrzeganie zaleceń jest mniejszy. Dlatego też rodzice i starsze rodzeństwo powinni włączyć się w postępowanie terapeutyczne tak, by swym zachowaniem zachęcać i wspierać dziecko w procesie terapii⁷⁷. Warto również dodać, że – jak przekonują Lucjan Szponar i Wioleta Respondek⁷⁸ – leczenie nadwagi i otyłości za pomocą systematycznego stosowania diety o obniżonej wartości kalorycznej wraz ze zmianą nawyków żywieniowych jest najbardziej prawidłowym postępowaniem terapeutycznym, gdyż jest bezpieczne i daje największą szansę (między innymi dzięki „przyzwyczajaniu” organizmu do mniejszych ilości pobieranego pokarmu) trwałego utrzymania osiągniętej redukcji masy ciała.

Drugim nieodzownym elementem terapii nadwagi i otyłości jest zwiększony poziom aktywności fizycznej. Przekonuje o tym między innymi Józef Drabik⁷⁹, który twierdzi, iż aktywność fizyczna⁸⁰ to dla dzieci i młodzieży pierwszy krok w leczeniu otyłości i podstawa profilaktyki otyłości. Warto ponadto wspomnieć, iż aktywność fizyczna nie tylko zwiększa wydatki energetyczne i przyspiesza utratę nadmiaru tkanki tłuszczowej, lecz także sprzyja wielu korzystnym dla zdrowia zmianom, takim jak⁸¹:

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ L. SZPONAR, W. RESPONDEK: *Żywność i żywienie*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI. Warszawa: IGNIS, 1999.

⁷⁹ J. DRABIK: *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*. Cz. 1. Gdańsk: AWF, 1995.

⁸⁰ Mianem aktywności ruchowej lub fizycznej określa się wysiłek mięśniowy wywołujący w organizmie zespół zmian, które prowadzą do wydatku energetycznego wyższego niż poziom spoczynkowy. Podaję za: ibidem.

⁸¹ S. OWCZAREK: *Zwiększona aktywność ruchowa w profilaktyce i leczeniu otyłości*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać...*

- usprawnienie pracy układu krążenia;
- zwiększenie wydolności fizycznej organizmu;
- poprawa koordynacji ruchów i sprawności fizycznej;
- wzrost siły mięśniowej, wytrzymałości ścięgien i więzadeł.

W przypadku dzieci i młodzieży aktywność fizyczna powinna przede wszystkim stymulować ich rozwój motoryczny i somatyczny. Uważa się, że potrzeby ruchowe dzieci do 10. roku życia wynoszą około 6 godzin dziennie, a młodzieży – około 4 godziny dziennie. W miarę upływu lat życia potrzeby te maleją. Jednocześnie, wymiar rzeczywistej aktywności ruchowej w różnych grupach wiekowych społeczeństwa polskiego, zarówno u dzieci i młodzieży, jak i wśród osób dorosłych, jest niższy niż naturalne potrzeby⁸². Zatem dbałość o odpowiedni poziom aktywności fizycznej jest dzisiaj bezwzględnie koniecznością niezależnie od wieku, cel stanowi tu redukcja nadwagi i otyłości, ale także zachowanie szeroko pojętego zdrowia. Znana jest jednak niechęć otyłych nastolatków do czynnych form rekreacji i uprawiania sportu⁸³, dlatego też rozpoczynając terapię otyłości poprzez zwiększenie aktywności fizycznej, warto mieć na uwadze kilka praktycznych zaleceń specjalistów. Przede wszystkim należy pamiętać, iż w zakresie aktywności fizycznej cele powinny być wyznaczane stopniowo i realistycznie; aby zaplanować zdrowy, bezpieczny program aktywności fizycznych, warto współpracować z lekarzem⁸⁴. Zachętą do aktywności może być zaproponowanie takiego zestawu ćwiczeń czy programu, z którego dzieci mogą wybrać ulubione dyscypliny. Mogą to być: jazda na rolkach, jazda na rowerze czy spacer. Zgodnie z radami specjalistów, na początku ćwiczenia powinny trwać krótko (na przykład 15 minut); stopniowo należy czas ćwiczeń wydłużać, aż dziecko straci trochę na wadze⁸⁵. Warto także dodać, że w terapii nadwagi i otyłości poprzez wzrost aktywności fizycznej dziecka – podobnie jak w przypadku zmiany sposobu odżywiania się – niezwykle ważną rolę pełnią rodzice, gdyż to oni bardzo silnie

⁸² R. PRZEWĘDA: *Kondycja fizyczna. W: Promocja zdrowia...*

⁸³ A. OBLACIŃSKA: *Rozwój fizyczny dzieci i młodzieży. W: Zdrowie naszych dzieci.* Red. J. SZYMBORSKI, K. SZAMOTULSKA, A. SITO. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2000.

⁸⁴ M.M. JABŁOW: *Anoreksja, bulimia, otyłość...*

⁸⁵ W.J. KLISH: *Otyłość w dzieciństwie...*

wpływają na aktywność ruchową młodego człowieka. Można wręcz stwierdzić, iż bardziej aktywni rodzice to aktywniejsze dzieci i aktywniejsza młodzież⁸⁶.

Jak podaje Józef Drabik⁸⁷, ogólnie korzystne efekty aktywności fizycznej w kontekście otyłości można sprowadzić do następujących:

- przyspieszenie tempa metabolizmu spoczynkowego nawet na wiele godzin po zakończonym ćwiczeniu, a tym samym zwiększenie wydatku energetycznego;
- kontrola (często przytłumienie) apetytu;
- obniżenie ryzyka różnych chorób;
- poprawa funkcji psychicznych i społecznych.

W leczeniu większości przypadków znacznej nadwagi kluczową rolę odgrywa rzetelna diagnoza psychologicznych źródeł nadmiernego apetytu⁸⁸. Dlatego też w terapii nadwagi i otyłości obok zaleceń dietetycznych oraz związanych ze zwiększeniem aktywności fizycznej często stosuje się psychoterapię; wsparcie psychologiczne podczas psychoterapii odgrywa niezwykle ważną rolę w trwałej redukcji masy ciała. Wyniki badań przeprowadzonych przez Veronikę Brezinkę⁸⁹ dowodzą, iż dzieci z grupy, w której uczono rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji, uzyskały znacząco większą redukcję wagi niż dzieci z innych grup, w których nie stosowano oddziaływań psychologicznych. Wśród oddziaływań psychologicznych w stosunku do dzieci z nadmierną masą ciała stosuje się różnorodne rodzaje terapii, na przykład: psychodynamiczną, behawioralną, poznawczo-behawioralną, poznawczą, systemową, a także psychoterapię grupową. Oczywiście, każde z proponowanych podejść terapeutycznych wnosi do pracy z pacjentem specyficzne treści. Przed wyborem określonej formy terapii warto poznać inne możliwości, a następnie dokonać wyboru formy najbardziej adekwatnej

⁸⁶ F. SALLIS: *Family variables and physical activity in preschool children*. J. Dev. Behav. Pediatr. 1988, 9. Podaję za: J. DRABIK: *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa...*

⁸⁷ J. DRABIK: *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa...*

⁸⁸ A. DANEK: *Dysfunkcjonalność rodziny...*

⁸⁹ V. BREZINKA: *Conservative treatment of childhood and adolescents obesity*. „International Review of Health Psychology” 1992, 22, 1. Podaję za: N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*

w kontekście istniejących problemów i dostosowanej do indywidualnych potrzeb młodego pacjenta⁹⁰.

Warto wspomnieć, iż istnieją również inne formy terapii w leczeniu otyłości wśród dzieci i młodzieży, jak farmakoterapia, leczenie uzdrowiskowe czy chirurgiczne. Jednakże w przypadku dzieci terapia ogranicza się zazwyczaj do stosowania stałej diety ograniczającej ilość spożywanych kalorii, wzrostu aktywności fizycznej i kontroli masy ciała.

Znaczenie środowiska szkolnego w profilaktyce nadmiernej masy ciała i przeciwdziałaniu stygmatyzacji otyłych uczniów

Prawdopodobnie najskuteczniejszym sposobem leczenia chorób jest zapobieganie im⁹¹. Zgodnie z opinią Barbary Woynarowskiej, w zapobieganiu i leczeniu otyłości u dzieci główną rolę powinna odgrywać rodzina, natomiast szkoła powinna wspierać jej wysiłki, podejmując działania w trzech obszarach⁹²:

- wspieranie uczniów z otyłością i pomoc w ich leczeniu;
- tworzenie w szkole warunków umożliwiających uczniom spożycie zdrowych posiłków i zwiększenie aktywności fizycznej;
- edukacja zdrowotna.

Edukacja zdrowotna może być dobrym sposobem zapobiegania nadwadze i otyłości, a tym samym sprzyjać zdrowiu, zwłaszcza gdy zawodne okazują się tradycyjne wzorce żywienia w rodzinie i gdy środki masowego przekazu zalewają społeczeństwo ogromną ilością porad, diet odchudzających, z których większość jest nieskuteczna⁹³. W tej sytuacji szkoły stają się ważnym środowiskiem promowania zdrowego żywienia wśród dzieci; mogą także zapewnić dzieciom możliwości uprawiania aktyw-

⁹⁰ I. NIEWIADOMSKA, A. KULIK, A. HAJDUK: *Jedzenie...*

⁹¹ W.J. KLISH: *Otyłość w dzieciństwie...*

⁹² B. WOYNAROWSKA: *Otyłość...*, s. 188.

⁹³ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*

ności fizycznej w programie nauczania i etosie szkoły, na przykład jako organizacji promującej zdrowie⁹⁴.

Zgodnie z wytycznymi B. Woynarowskiej, realizowana w szkole edukacja zdrowotna w zakresie zapobiegania i leczenia otyłości powinna dotyczyć wszystkich uczniów. Edukacja taka obejmuje przede wszystkim⁹⁵:

- prozdrowotną edukację żywieniową – uczniowie uczą się zastosowania w codziennym życiu wiedzy i umiejętności związanych z żywieniem się i żywnością, z wykorzystaniem aktualnych i pewnych wyników badań naukowych i uwzględnieniem indywidualnych potrzeb;
- rozwijanie umiejętności: oceny prawidłowości masy ciała, kontroli jej przyrostów, rozpoznawania „sygnałów” pochodzących z własnego ciała związanych z zaspokajaniem potrzeb żywieniowych (na przykład uczucia głodu, sytości) oraz innych umiejętności życiowych (na przykład podejmowania decyzji, radzenia sobie z trudnościami);
- edukację sprzyjającą zwiększeniu aktywności fizycznej i przygotowanie do utrzymania optymalnego jej poziomu w dalszych latach życia (u dzieci z otyłością zalecane są wysiłki umiarkowane, dłużej trwające, o średnim stopniu trudności).

Uczniom z otyłością należy w szkole zaoferować specyficzną edukację zdrowotną (zajęcia indywidualne lub grupowe) mającą na celu zwiększenie kompetencji do⁹⁶:

- pozbycia się nadwagi i utrzymania prawidłowej (należnej) masy ciała;
- radzenia sobie ze stresem, z negatywnymi emocjami, w sposób eliminujący „ucieczkę w jedzenie” i wyzwolenie mechanizmu „błędnego koła” (otyłość → żarty i drwiny otoczenia → stres → pojadanie + zmniejszenie aktywności fizycznej → otyłość);
- zaakceptowania własnej odmienności w przypadku niepowodzeń w leczeniu, radzenia sobie z negatywnymi reakcjami ze strony otoczenia, przyjęcia „przyjaznej postawy” wobec swego wyglądu.

⁹⁴ I. YOUNG: *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży...*, s. 201–202.

⁹⁵ B. WOYNAROWSKA: *Otyłość...*, s. 191.

⁹⁶ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna w leczeniu otyłości*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać...*, s. 78–84; B. WOYNAROWSKA: *Otyłość...*, s. 191–192.

W kontekście nadwagi i otyłości dziecięcej nie sposób również nie wspomnieć o przygotowanym przez Barbarę Woynarowską⁹⁷ programie terapeutyczno-profilaktycznym, który zakłada, że redukcja nadwagi wymaga zmiany sposobu żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej. I chociaż inicjatywa ta została podjęta kilka lat temu, to jednak wydaje się, iż jej założenia programowe pozostają wciąż aktualne. Wśród celów omawianego programu znalazły się bowiem:

- budzenie potrzeby i motywacji dzieci do zmiany zachowań zdrowotnych w zakresie żywienia i aktywności fizycznej (edukacja zdrowotna);
- stworzenie odpowiednich warunków i możliwości aktywności fizycznej, na przykład poprzez oferty zajęć ruchowych w szkole i miejscu zamieszkania;
- udostępnienie poradnictwa dietetycznego dla rodziców i dzieci.

W obliczu istniejących problemów psychospołecznych otyłych dzieci i rozpowszechnienia tych problemów niezwykle ważne – oprócz profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów – jest przeciwdziałanie stygmatyzacji i krzywdzeniu dzieci i nastolatków z nadmierną masą ciała w środowisku szkolnym. Powaga problemów otyłych uczniów wynika nie tylko z aktualnych trudności, jakich uczniowie ci doświadczają w środowisku rówieśniczym, lecz także z prawdopodobieństwa oddziaływania negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa i dorastania na jakość późniejszego życia i funkcjonowania człowieka dorosłego⁹⁸. Jak stwierdza Izabela Tabak⁹⁹, pomoc otyłemu uczniowi w szkole powinna wypływać przede wszystkim od wychowawcy, pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego, ale ważną rolę mają do odegrania również inni pracownicy szkoły – nauczyciele przedmiotowi, dyrekcja, psycholog lub pedagog szkolny, a także inne osoby mające kontakt z uczniem (w tym pracownicy szkolnej stołówki). Według tej autorki, działania dyrekcji szkoły mogą polegać na organizowaniu dla całej społeczności szkolnej form wspólnego spędzania czasu, niedyskryminujących uczniów otyłych, zwracaniu uwagi

⁹⁷ B. WOYNAROWSKA: *Sprawność i wydolność fizyczna dzieci i młodzieży z otyłością prostą*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać...*

⁹⁸ K. GRZESIAK, B. ZINKIEWICZ: *Poradnik. Kim zostanie moje dziecko?...*, s. 86.

⁹⁹ I. TABAK: *Wsparcie społeczne: rola rodziny, szkoły i rówieśników*. W: *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi?...*, s. 82–83.

na edukację zdrowotną czy organizowaniu dla pracowników szkoły warsztatów i szkoleń, uwrażliwiających na problemy otyłych uczniów i przeciwdziałanie dyskryminacji¹⁰⁰. Szkoła ponadto może wnieść znaczący wkład w promowanie równości i integracji społecznej poprzez opracowanie i wdrożenie odpowiednio skutecznej polityki szkolnej. Przeciwdziałanie stosowaniu wyzwisk i zaczepk powinno być traktowane priorytetowo¹⁰¹. Nauczyciele mogą spowodować, aby dzieci z nadwagą i otyłością odzyskały poczucie własnej wartości podczas zajęć szkolnych niezwiązanych z aktywnością fizyczną, zapewniając rozmaite formy odkrywania i nagradzania różnych zdolności i umiejętności. Jak podkreśla I. Young¹⁰², metody, które pomagają dzieciom rozwijać poczucie odpowiedzialności za własne ciało i zdrowie, wzmacniają jednocześnie wewnętrzne poczucie sprawstwa i kontroli. Cechy te okazują się bardzo ważne w odniesieniu do wszystkich obszarów zdrowia i mają istotny wkład w kontrolę masy ciała i przeciwdziałanie otyłości. Bez wątpienia ogromną rolę w analizowanej kwestii ma do odegrania wychowawca dziecka. Do jego zadań – zgodnie z propozycją przywoływanej już Izabeli Tabak¹⁰³ – należałoby:

- obserwowanie dziecka na tle klasy, jego umiejętności nawiązywania kontaktów, samopoczucia, radzenia sobie z trudnościami, reakcji ze strony rówieśników, a w razie potrzeby przeciwdziałanie dyskryminacji i pełnieniu roli „kozła ofiarnego”;
- rozpoznawanie zdolności, zainteresowań i potrzeb ucznia (znalezienie mocnych i słabych stron);
- nawiązanie kontaktu z rodzicami w celu rozpoznania sytuacji i atmosfery rodzinnej oraz zbudowania wspólnej koalicji na rzecz dobra dziecka;
- zachęcenie rodziców do kontaktu z pielęgniarką szkolną czy lekarzem pierwszego kontaktu;
- przekazywanie nauczycielowi wychowania fizycznego informacji dotyczących otyłego ucznia, jego preferencji i problemów, w celu opracowania indywidualnego programu ćwiczeń, dostosowanego do możliwości dziecka, bez narażenia go na porażkę i publiczne ośmieszenie;

¹⁰⁰ Ibidem.

¹⁰¹ I. YOUNG: *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży...*, s. 202.

¹⁰² Ibidem, s. 201–202.

¹⁰³ I. TABAK: *Wsparcie społeczne: rola rodziny, szkoły i rówieśników...*, s. 83.

- docenianie ucznia na tle klasy i wobec grona nauczycielskiego, podkreślanie sukcesów, mocnych stron i możliwości;
- angażowanie dziecka otyłego w różne aktywności (najlepiej wraz z innymi uczniami), w których ma ono szansę osiągnąć sukces;
- motywowanie do podjęcia działań zmierzających do redukcji masy ciała oraz do poprawy społecznego funkcjonowania i docenianie wszelkich wysiłków i osiągnięć;
- wsparcie psychiczne w trudnościach i problemach wynikających z otyłości, gotowość i otwartość do rozmów;
- prowadzenie zajęć integrujących całą klasę i edukacji zdrowotnej.

Wsparcie otyłych uczniów udzielane im przez pracowników szkoły powinno koncentrować się na zapobieganiu dyskryminacji, przemocy i ośmieszaniu, umożliwianiu młodym ludziom osiągania sukcesów na równi z rówieśnikami, uświadamianiu młodzieży zagrożeń związanych z otyłością i dostępnych możliwości jej redukcji, a także na motywowaniu uczniów otyłych do podjęcia działań redukujących masę ciała i pomocy w realizacji zaleceń specjalistów¹⁰⁴. Ograniczenie negatywnego nastawienia otoczenia do otyłych nastolatków i ich dyskryminacji pomogłoby w znacznym stopniu zapobiegać urazom psychicznym młodzieży, związanym z otyłością. Doświadczenie własnej nieatrakcyjności i braku akceptacji ze strony innych może bowiem stać się źródłem trudności emocjonalnych i społecznych w życiu dorosłym¹⁰⁵.

Bibliografia

- BASDEVANT A., LE BARZIC M., BUY-GRAND B.: *Otyłość*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 1996.
- BREZINKA V.: *Conservative treatment of childhood and adolescents obesity*. „International Review of Health Psychology” 1992, 22, 1.
- BRYTEK-MATERA A.: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin, 2008.

¹⁰⁴ Ibidem, s. 84.

¹⁰⁵ I. TABAK: *Psychospołeczne skutki otyłości...*, s. 34.

- CHALCARZ W. et al.: *Wybrane aspekty odżywiania i stylu życia otyłych kobiet*. „Nowa Medycyna” 1997, nr 4 (15).
- CRAMER P., STEINWERT T.: *Thin is good, fat is bad: How early does it begin?* „Journal of Applied Developmental Psychology” 1998, no. 19.
- CZYKWIN E.: *Stygmat społeczny*. Warszawa: PWN, 2008.
- DANEK A.: *Dysfunkcjonalność rodziny. Wybrane konsekwencje psychopedagogiczne na przykładzie młodzieży z otyłością prostą*. „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Pedagogiczne” 1996, z 25.
- DATAR A., STRUM R.: *Childhood overweight and elementary school outcomes*. „International Journal of Obesity” 2006, no. 30.
- DIETZ W.: *Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease*. „Pediatrics” 1998, no. 101.
- DRABIK J.: *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*. Cz. 1. Gdańsk: AWF, 1995.
- DRYGAS W.: *Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne*. „Medycyna Metaboliczna” 2003, T. 7, nr 2.
- FAJĘCKA-DEMBIŃSKA E.: *Otyłość prosta – przyczyny i diagnozowanie*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 1995.
- GIDDENS A.: *Nowoczesność i tożsamość*. Warszawa: PWN, 2010.
- GOFFMAN E.: *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: GWP, 2005.
- GRZESIAK K., ZINKIEWICZ B.: *Poradnik. Kim zostanie moje dziecko?* [Seria wydawnicza: „Wybór zawodu”]. Kraków: MEN, 2011.
- HILL A.J., SILVER E.K.: *Fat, friendless and unhealthy: 9-year-old children’s perception of body shape stereotypes*. „International Journal of Obesity” 1995, no. 19.
- International Association for the Study of Obesity, London – January 2012. Available online: http://www.iaso.org/site_media/uploads/Child_EU_January_2012 (1.03.2012).
- International Association for the Study of Obesity, September 2011. Available online: http://www.iaso.org/site_media/uploads/Global_Childhood_Overweight_September_2011 (1.03.2012).
- International Obesity Task Force. *Childhood report*. IASO Newsletter 2004, 6.
- JABŁOW M.M.: *Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców*. Gdańsk: GWP, 2000.
- JABŁOŃSKI E., KAŻMIERCZAK U.: *Zalecenia w czasie redukcji nadwagi u dzieci i młodzieży*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2002, nr 1.
- JODKOWSKA M., OBLACIŃSKA A.: *Częstość występowania nadwagi i otyłości u młodzieży w wieku 13–15 lat w 2005 roku. Otyłość u polskich nastolatków. Epi-*

- demiologia, styl życia, samopoczucie. Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce.* Red. A. OBLACIŃSKA, M. JODKOWSKA. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2007.
- JODKOWSKA M., OBLACIŃSKA A., TABAK I.: *Epidemiologia otyłości u młodzieży w okresie pokwitania w Polsce.* W: *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach.* Red. A. OBLACIŃSKA, I. TABAK. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2006.
- KLISH W.J.: *Otyłość w dzieciństwie.* „Pediatria po Dyplomie” 1999, nr 3 (2).
- KRAWCZYŃSKI M., BORSKI K.: *Badania długofalowe nad rozwojem fizycznym dzieci z otyłością prostą.* „Endokrynologia Polska” 1983, 34, 6.
- MAŁECKA-TENDERA E.: *Wykorzystanie termogenicznego działania efedryny i teofiliny w leczeniu otyłości prostej u dzieci. Badania doświadczalne i kliniczne.* Rozprawa habilitacyjna. Śląska Akademia Medyczna. Katowice 1993.
- MAŁECKA-TENDERA E. et al.: *Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-years-old children.* „Obesity Research” 2005, no. 13.
- NIEWIADOMSKA I., KULIK A., HAJDUK A.: *Jedzenie.* Lublin: Wydawnictwo Gaudium, 2005.
- North American Association for the Study of Obesity. Available online: <http://www.obesityonline.org/slides/slide01.cfm?tk=34&dpg> (12.12.2008).
- NOWAK B.: *Otyłość – choroba cywilizacji. Występowanie otyłości wśród dzieci objętych opieką Poradni Dziecięcej Nr 2 w Końskich.* „Medycyna Ogólna” 2000, nr 35, 1.
- Obesity Action Coalition. Available online: <http://www.obesityaction.org/aboutobesity/childhoodobesity/childhood.php> (1.03.2012).
- OBLACIŃSKA A.: *Definicja, etiologia i klasyfikacja otyłości.* W: *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach.* Red. A. OBLACIŃSKA, I. TABAK. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2006.
- OBLACIŃSKA A.: *Rozwój fizyczny dzieci i młodzieży.* W: *Zdrowie naszych dzieci.* Red. J. SZYMBORSKI, K. SZAMOTULSKA, A. SITO. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2000.
- OBLACIŃSKA A., WOYNAROWSKA B.: *Występowanie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce – doniesienie wstępne.* „Nowa Medycyna” 1995, nr 2 (12).
- OBUCHOWICZ A. et al.: *Aspekty psychologiczne otyłości prostej u dzieci miejskich w wieku przedpokwitaniowym.* „Pediatria Polska” 1997, T. 72, nr 2.

- OGDEN C.L. et al.: *Prevalence of overweight among preschool children in the United States, 1971 through 1994*. „Pediatrics” 1997, no. 99.
- OGDEN J.: *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011.
- OGIŃSKA-BULIK N.: *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2004.
- OWCZAREK S.: *Zwiększona aktywność ruchowa w profilaktyce i leczeniu otyłości*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 1995.
- PALCZEWSKA I.: *Ocena nadmiaru masy ciała i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 1995.
- Physical status. The use and interpretation of antropometry*. Geneva: WHO, 1995.
- PRZEWĘDA R.: *Kondycja fizyczna*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI. Warszawa: IGNIS, 1999.
- Psychiatria wieku rozwojowego*. Red. A. POPIELARSKA. Warszawa: PZWL, 1989.
- PUHL R.: *Childhood obesity and stigma*. Obesity Action Coalition. Available online: <http://www.obesityaction.org/magazine/oacnews7/childhoodobesity.php> (1.03.2012).
- PYRŻAK B., FAJĘCKA-DEMBIŃSKA E.: *Klasyfikacja otyłości*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 1995.
- RADOSZEWSKA J.: *Jestem gruby, więc jestem*. „Nowiny Psychologiczne” 2000, nr 1.
- RADOSZEWSKA J.: *Poczucie tożsamości dzieci leczonych z powodu otyłości prostej*. „Pediatria Polska” 2000, nr 75 (11).
- RADOSZEWSKA J.: *Problem otyłości w psychologii klinicznej*. „Nowiny Psychologiczne” 2003, nr 3.
- RADOSZEWSKA J.: *Z badań nad tożsamością osób otyłych*. „Nowiny Psychologiczne” 1994, nr 4.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, 2011.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Red. B. WOJTYNIAK, P. GORYŃSKI. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego–Państwowy Zakład Higieny, 2008.
- SZOSTAK W.B.: *Otyłość. Problem o rosnącym znaczeniu na przełomie wieków*. „Medycyna po Dyplomie” 2000, wydanie specjalne: marzec-kwiecień.
- SZPONAR L., RESPONDEK W.: *Żywność i żywienie*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI. Warszawa: IGNIS, 1999.
- TABAK I.: *Psychospołeczne skutki otyłości*. W: *Jak pomóc otyłemu nastolatкови? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu*

- młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach.* Red. A. OBLACIŃSKA, I. TABAK. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2006.
- TABAK I.: *Wsparcie społeczne: rola rodziny, szkoły i rówieśników. W: Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach.* RED. A. OBLACIŃSKA, I. TABAK. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2006.
- TATOŃ J.: *Otyłość – patofizjologia, diagnostyka, leczenie.* Warszawa: PZWL, 1985.
- Weight Bias: The Need for Public Policy.* Ed. R.R. FRIEDMAN. Rudd Report. The Rudd Center for Food Policy and Obesity, Yale University 2008. Available online: <http://www.obesityaction.org/aboutobesity/obesitystigma/WeightBiasPolicyRuddReport.pdf> (1.03.2012).
- WILLIAMS Ch.L., BOLLELLA M., CARTER B.J.: *Treatment of childhood obesity in pediatric practice.* „Annals of the New York Academy of Sciences” 1993, vol. 699: *Prevention and treatment of childhood obesity.*
- WOYNAROWSKA B.: *Edukacja zdrowotna w leczeniu otyłości.* W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież.* Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 1995.
- WOYNAROWSKA B.: *Otyłość.* W: *Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację.* Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa: PWN, 2010.
- WOYNAROWSKA B.: *Sprawność i wydolność fizyczna dzieci i młodzieży z otyłością prostą.* W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież.* Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 1995.
- WOYNAROWSKA B. et al.: *Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej.* Warszawa: Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego–Instytut Matki i Dziecka, 2005.
- WYLEŻOŁ M.S., PARDELA M.S.: *Miejsce chirurgii w leczeniu otyłości.* „Wiadomości Lekarskie” 2003, nr 56 (3–4).
- YOUNG I.: *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży.* Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2011.